Betriebskrankenkasse
Deutsche Bank AG

Antwort an

Betriebskrankenkasse Deutsche Bank AG
Königsallee 60C
40210 Düsseldorf

Abrechnung der ausgeführten Verhinderungspflege

Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Name, Vorname:

Geburtstag: Versicherungsnummer:

Angaben zur Ersatzpflegekraft:

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Verhältnis zum/zur Pflegebedürftigen (z.B. Tochter, Nachbar*in…) _____

☐ Stundenweise Verhinderungspflege unter 8 Stunden Abwesenheit der Pflegeperson

☐ Tageweise Verhinderungspflege mehr als 8 Stunden Abwesenheit der Pflegeperson

Von: __ __ . __ __ . __ __ __ __ bis __ __ . __ __ . __ __ __ __

Pflegestunden (gesamt): __ __ __

Zu einem Stundensatz: __ __ , __ __ EUR

Betrag für **pflegerische Aufwände** (Stunden x Stundensatz): __ . __ __ __ , __ __ EUR

BKK

Seite 2 zur Erklärung des Antragstellers wegen Verhinderungspflege

Versicherungsnummer:

Ggf. **zusätzlich** angefallene Kosten (bei Personen welche im Haushalt des Pflegebedürftigen leben oder bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist):

Fahrkosten PKW:

Fahrten ⌊___⌋ x gefahrene km ⌊___⌋ x 0,20 EUR/km = ⌊___⌋ , ⌊__⌋ EUR

Fahrkosten öffentliche Verkehrsmittel (*Bitte Belege beifügen!*):

⌊___⌋ , ⌊__⌋ EUR

Verdienstausfall (*Bitte Nachweis beifügen!*): ⌊_⌋ . ⌊___⌋ , ⌊__⌋ EUR

Insgesamt entstand. Aufwendungen **/ Gesamtbetrag :** ⌊_⌋ . ⌊___⌋ , ⌊__⌋ **EUR**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass sämtliche Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

⌊__⌋ . ⌊__⌋ . ⌊____⌋ _____

Datum Unterschrift der **Ersatzpflegekraft**

⌊__⌋ . ⌊__⌋ . ⌊____⌋ _____

Datum Unterschrift der**/des Pflegebedürftigen/Bevollmächtigten**

Die Erstattung erfolgt auf das bei der BKK Deutsche Bank AG hinterlegt Konto. Bei Kindern unter 15 Jahre an die Eltern.

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf § 39 SGB XI. Die Daten werden für die Leistungserbringung benötigt. Ihre Mitteilung der erfragten Daten ist nach §60 SGB I erforderlich.